

GE_GERICHTE A/476/2018 vom 28. Mai 2018

GE Cour de justice, 2018-05-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_476_2018

FR: GE_GERICHTE A/476/2018 du 28 mai 2018

IT: GE_GERICHTE A/476/2018 del 28 maggio 2018

Erwägungen

E. 6

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à Genève recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), de nationalité portugaise, a exercé une activité de femme de ménage à 20% depuis le 1^{er} septembre 2003 pour B_____, boucherie-charcuterie C_____ (8 heures par semaine) et de 1.5 heures par semaine pour un employeur privé.![endif]>![if> 2. L'assurée a été en incapacité de travail totale depuis mai 2010, attestée par le Docteur D_____, FMH, médecine-interne, en raison d'une lombosciatalgie bilatérale.![endif]>![if> 3. Le 16 septembre 2010, l'assurée a subi une spondylodèse (pose de PLIF L4/L5) par le Docteur E_____, médecin adjoint au service de neurochirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG).![endif]>![if> 4. Le 20 juillet 2011, l'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité.![endif]>![if> 5. Le 17 août 2011, le Dr D_____ a attesté de lombosciatalgies L5-S1 gauches depuis 2008 entraînant une incapacité de travail totale de l'assurée depuis le 10 mai 2010.![endif]>![if> 6. Le 29 septembre 2011, le Dr D_____ a estimé une capacité de travail de 50% de l'assurée dans une activité adaptée.![endif]>![if> 7. Le 13 novembre 2011, le Dr E_____ a attesté d'une récurrence de hernie discale L5-S1 gauche, opérée en 2001, justifiant une infiltration.![endif]>![if> 8. Le 16 février 2012, l'assurée a subi une intervention par le Dr E_____ (TLIF L5-S1 à gauche, avec une cage Capstone et prolongation de la spondylodèse).![endif]>![if> 9. Le 22 mai 2012, le Dr D_____ a attesté d'une amélioration des douleurs et d'une capacité de travail peu probable, même dans une activité adaptée.![endif]>![if> 10. Le 9 janvier 2013, le Dr D_____ a attesté d'une incapacité de travail totale de l'assurée dans toute activité en raison de douleurs lombaires.![endif]>![if> 11. Le 9 avril 2013, le service de neurochirurgie des HUG a mentionné une recrudescence depuis décembre 2012 de lombocruralgies sur un dermatome L4 à gauche.![endif]>![if> 12. L'assurée a été examinée (volets rhumatologique et psychiatrique) par le Service Médical Régional AI (ci-après : SMR) le 23 mai 2014, lequel a rendu un rapport le 26 juin 2014. L'assurée présentait des limitations fonctionnelles lombaires et cervicales et aucune limitation fonctionnelle psychiatrique ; elle était totalement incapable de travailler du 23 août 2010 au 28 février 2011, à 50% du 1^{er} mars au 9 mai 2011 et à 100% depuis le 10 mai 2011 ; elle était capable d'exercer une activité adaptée à 75% depuis le 17 décembre 2013.![endif]>![if> 13. Une enquête économique sur le ménage du 23 septembre 2014 a conclu à un empêchement pondéré avec exigibilité de 34%.![endif]>![if> 14. Le 3 décembre 2014, l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) a fixé le statut de l'assurée comme étant mixte, active à 22% et ménagère à 78%.![endif]>![if> 15. Le 8 janvier 2015, le Dr D_____ a mentionné que l'état de santé de l'assurée était identique à 2013 et 2014, soit des douleurs lombaires persistantes.![endif]>![if> 16. Par décision du

25 mars 2015, l'OAI a alloué à l'assurée un quart de rente d'invalidité du 1^{er} janvier 2012 au 28 février 2014. [endif]>[if> 17. Le 16 avril 2015, le Dr D_____ a écrit à l'OAI que l'état de santé de l'assurée s'était considérablement détérioré depuis son dernier courrier ; depuis plusieurs semaines, l'assurée souffrait de lombalgies croissantes et invalidantes ; il y avait une nette diminution de la qualité de vie avec des troubles du sommeil, un trouble dépressif manifeste, des nausées accompagnées d'une diminution de l'appétit et d'une perte pondérale ; elle se plaignait également de douleurs de la marche avec une limitation de son périmètre de marche à environ cinquante mètres ; de plus, les activités ménagères simples représentaient un calvaire et n'étaient plus possibles ; début février 2015, il avait introduit un traitement d'Oxycontin en association avec le Lyrica, le Dafalgan et l'Irfen. Les traitements de physiothérapie ne produisaient aucune amélioration significative ; la situation actuelle ne permettait aucune activité professionnelle et l'avenir professionnel de l'assurée paraissait très compromis ; il convenait d'étudier à nouveau le dossier de l'assurée, en vue d'une rente d'invalidité à 100%. [endif]>[if> 18. Par arrêt du 17 août 2015 (ATAS/592/2015), la chambre de céans a rejeté le recours interjeté par l'assurée à l'encontre de la décision de l'OAI du 25 mars 2015 ; elle a relevé, s'agissant du rapport du Dr D_____ du 16 avril 2015, qu'il était postérieur à la décision litigieuse et qu'il appartenait à la recourante de saisir l'OAI d'une demande de révision. [endif]>[if> 19. Le 19 septembre 2017, l'assurée a écrit à l'OAI que son état de santé empirait et qu'elle requérait une révision de son cas. [endif]>[if> 20. Par projet de décision du 26 octobre 2017, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations, au motif que la recourante n'avait fourni aucune pièce médicale démontrant une aggravation de son état de santé. [endif]>[if> 21. Le 20 novembre 2017, le Dr D_____ a écrit à l'OAI que l'assurée présentait les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen F33.1 ; fibromyalgie, sièges multiples ; TLIF L5-S1 en 2012 ; PLIF L4-L5 en 2010 ; microdiscectomie L5-S1 en 2001 ; hypertension artérielle traitée. [endif]>[if> L'assurée avait effectué un séjour à la clinique genevoise de Montana du 3 au 26 novembre 2015 ; par ailleurs, elle avait été évaluée par le service multidisciplinaire de la douleur entre le 5 et le 13 septembre 2016 ; cette année, elle avait été hospitalisée à la clinique de Belle-Idée du 6 au 12 septembre 2017 dans un contexte d'état dépressif récurrent, avec des idées suicidaires ; cette patiente continuait à souffrir de douleurs chroniques invalidantes dans un contexte d'épisode dépressif récurrent ; malgré toutes les démarches entreprises, il n'y avait pas d'amélioration significative de son état de santé ; en résumé, on constatait une aggravation globale de l'état de santé en particulier les douleurs chroniques et les troubles dépressifs ; l'espoir de revoir cette patiente reprendre un cours de vie normal ou une activité professionnelle était inexistant. Il a communiqué : - un plan de médication de l'assurée ; [endif]>[if> - une lettre de sortie des HUG du 12 septembre 2017 attestant d'un séjour de l'assurée au service de psychiatrie adulte du 6 au 12 septembre 2017 pour un diagnostic principal de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen ; l'assurée décrivait une péjoration thymique depuis plusieurs semaines ; au début de son hospitalisation, l'assurée présentait une thymie triste, une baisse de l'élan vital, une aboulie et une anhédonie importantes ; elle décrivait également une grande solitude et un sentiment d'abandon de la part de sa famille ; l'assurée mettait également en avant un conflit de couple très ancré depuis des années et un sentiment de désespoir en ce qui concernait sa situation actuelle ; [endif]>[if> - un rapport du 15 septembre 2016 de la consultation ambulatoire de la douleur des HUG attestant d'une consultation des 5 et 13 septembre 2016 pour un diagnostic principal de douleurs musculosquelettiques diffuses associées à une

sensibilisation centrale. L'assurée présentait un moral très bas avec des idées suicidaires mais sans projet clairement déterminé. Les scores d'anxiété et de dépression étaient compatibles avec un épisode anxio-dépressif sévère ;![endif]>![if> - un courrier du Dr D_____ au centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG du 28 avril 2016, requérant un suivi de l'assurée et relevant que celle-ci présentait un épisode dépressif récent ;![endif]>![if> - un rapport de la clinique genevoise de Montana du 4 janvier 2016 attestant d'un séjour de l'assurée du 3 au 26 novembre 2015 pour un diagnostic principal de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère ;![endif]>![if> - un rapport de consultation de psychopharmacologie clinique du 24 novembre 2015 relevant, notamment, que l'assurée était connue pour un état dépressif récurrent sévère, avec désir de mort passif.![endif]>![if> 22. Le 8 janvier 2018, le docteur F_____ du SMR, a indiqué que l'état dépressif moyen n'était pas en soi handicapant, de sorte qu'il n'y avait pas d'éléments suffisants pour dire qu'il existait une aggravation.![endif]>![if> 23. Par décision du 12 janvier 2018, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assurée, en se référant à l'avis du SMR du 8 janvier 2018.![endif]>![if> 24. Le 7 février 2018, l'assurée a recouru auprès de la chambre de céans à l'encontre de la décision précitée, en faisant valoir que son état de santé s'était nettement détérioré depuis la décision du 25 mars 2015.![endif]>![if> 25. Le 20 mars 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours, vu l'absence de documents médicaux objectifs détaillés produits par la recourante.![endif]>![if> 26. La recourante n'a pas répliqué dans le délai qui lui a été imparti au 20 avril 2018.![endif]>![if> 27. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.![endif]>![if> EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1 er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).![endif]>![if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 LPGA).![endif]>![if> 3. a. Selon l'art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI), dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2012, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2). Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (al. 3).![endif]>![if> La jurisprudence développée sous l'empire de l'art. 87 al. 3 et 4 RAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, reste applicable à l'art. 87 al. 2 et 3 RAI modifié dès lors que la demande de révision doit répondre aux mêmes critères. b. Lorsque la rente a été refusée une première fois parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 RAI dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011 ; ATF 109 V 262 consid. 3 p. 264 s.). Cette exigence doit permettre à l'administration, qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 consid.

2b p. 412, 117 V 198 consid. 4b p. 200 et les références). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b p. 114). 4. Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. art. 43 al. 1 LPG), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 p. 68 s.). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 aRAI (cf. art. 43 al. 3 LPG depuis le 1^{er} janvier 2003) - qui permet aux organes de l'AI de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer - à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst. ; ATF 124 II 265 consid. 4a p. 269 s.). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 p. 68, arrêts 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3 et I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2 ; ATF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013, consid. 2). Son examen se limite, ainsi, au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier (ATF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013, consid. 4.1).> 5. En l'espèce, c'est à tort que l'intimé a considéré que la recourante n'avait pas rendu plausible l'aggravation de son état de santé, faute d'avoir produit des documents médicaux objectifs et détaillés. En effet, dès le 22 novembre 2017, l'intimé était en possession du rapport du Dr D_____ du 20 novembre 2017 attestant d'une aggravation globale de l'état de santé de la recourante, dont la survenue d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, entraînant selon ce médecin une incapacité de travail totale. Etaient joints à ce rapport plusieurs documents dont il convient de relever qu'il sont objectifs et détaillés, soit : un plan de médication de la recourante comprenant une liste de seize médicaments ; un rapport de l'unité de psychopharmacologie clinique du 24 novembre 2015 mentionnant que la recourante est connue pour un état dépressif récurrent sévère, avec désir de mort passif ; un rapport de la clinique genevoise de Montana du 4 janvier 2016, à la suite d'un séjour du 3 au 26 novembre 2015 de la recourante, posant le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode

actuel sévère et mentionnant une thymie basse avec des angoisses importantes ; un rapport du service de psychiatrie adulte des HUG attestant d'un séjour du 6 au 12 septembre 2017 de la recourante et d'un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec la présence d'une thymie triste, une baisse de l'état vital, une aboulie et une anhédonie importante ; un rapport de la consultation ambulatoire de la douleur des HUG du 15 septembre 2017 mentionnant un moral très bas de la recourante, avec idées suicidaires sans projet clairement déterminé et des tests compatibles avec un épisode anxio-dépressif sévère. Ces différents rapports documentent la présence chez la recourante d'un trouble psychiatrique évoluant entre un trouble dépressif récurrent sévère et un trouble dépressif récurrent moyen, et qui est postérieur à la dernière décision de l'intimé du 25 mars 2015. Or, à cette date, l'intimé avait constaté, sur la base du rapport d'expertise du SMR du 26 juin 2014, l'absence de toute pathologie psychiatrique chez la recourante ; en particulier, l'examen n'avait pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble panique, de trouble de la personnalité morbide, d'état de stress post-traumatique, de trouble obsessionnel compulsif, de trouble dissociatif, de perturbation de l'environnement psychosocial qui était normal, ni de limitations fonctionnelles psychiatriques à caractère incapacitant (expertise SMR du 26 juin 2014 p. 12). Il convient, dans ces conditions, d'admettre que la recourante a rendu plausible une aggravation de son état de santé, à tout le moins du point de vue psychiatrique. 6. Partant, le recours sera admis, la décision litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'intimé afin qu'il instruisse la nouvelle demande de prestations de la recourante et rende une décision. 7. Étant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 500.- PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.